**FICHA DE CADASTRO E FILIAÇÃO**

 Foto

*Matrícula Sindical:*

DADOS PESSOAIS

Nome:

 Nacionalidade: Naturalidade:

Data Nascimento: Estado Civil:

N° CRO: Emitido em:

Ano Formatura: Instituição: Especialidade:

CPF/MF: RG:

E-mail: Tel.: Celular:

ENDEREÇO RESIDENCIAL

Rua: Número:

Complemento: Bairro: CEP: Cidade/UF:

SITUAÇÃO FUNCIONAL

1. Servidor Público ( ) 2. Empregado Público ( ) 3. Contratado Temporário Setor Público ( ) 4. Empregado Iniciativa Privada ( ) 5. Profissional Liberal ( ) 6. Aposentado ( ) 7. Pensionista ( ) 8. Outros ( ) Qual?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**COMPROMISSO DE ADIMPLÊNCIA COM AS CONTRIBUIÇÕES SINDICAIS**

O(a) signatário(a) deste, acima identificado, requer a sua inscrição como filiado e associado ao Sindicato dos Odontologistas do Estado do Ceará - SINDIODONTO (Código Sindical junto à CEF nº 012.256.11551 e CNPJ nº 07.346.828/0001-45) e assume, dentre outras obrigações, o dever de efetuar com pontualidade os pagamentos das contribuições legais e as aprovadas pela Assembleia Geral, conforme determinação estatutária (art. 7º, IV). Neste sentido, deverá manter-se adimplente em relação ao pagamento das CONTRIBUIÇÕES SINDICAIS.

**SERVIDOR MUNICIPAL DE FORTALEZA – matrícula funcional nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**AUTORIZAÇÃO PARA DESCONTO DA CONTRIBUIÇÃO ASSOCIATIVA ( ) SIM ( ) NÃO**

Eu, acima qualificado e abaixo assinado, **AUTORIZO** que mensalmente seja descontado, em folha de pagamento, **1%** (um por cento) do meu salário/vencimento básico, em prol do SINDIODONTO, bem como reajustes posteriores decididos em assembleia sindical.

**SERVIDOR DO ESTADO DO CEARÁ – matrícula funcional nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**AUTORIZAÇÃO PARA DESCONTO DA CONTRIBUIÇÃO ASSOCIATIVA ( ) SIM ( ) NÃO**

Eu, acima qualificado e abaixo assinado, **AUTORIZO** que mensalmente seja descontado, em folha de pagamento, **2%** (dois por cento) do meu salário/vencimento básico, em prol do SINDIODONTO, bem como reajustes posteriores decididos em assembleia sindical.

**CIRURGIÃO-DENTISTA (não servidor)**

**AUTORIZAÇÃO PARA DESCONTO DA CONTRIBUIÇÃO ASSOCIATIVA ( ) SIM ( ) NÃO**

Eu, acima qualificado e abaixo assinado, **AUTORIZO** que seja descontado, em folha de pagamento, **R$350,00** (trezentos e cinquenta reais) do meu salário/vencimento, em prol do SINDIODONTO, desde que seja dividido nos 12 meses do ano.

**CIRURGIÃO-DENTISTA (PAGAMENTO À VISTA)**

**AUTORIZAÇÃO PARA DESCONTO DA CONTRIBUIÇÃO ASSOCIATIVA ( ) SIM ( ) NÃO**

Eu, acima qualificado e abaixo assinado, **PAGO DESDE JÁ O VALOR DA CONTRIBUIÇÃO ASSOCIATIVA, À VISTA, NO VALOR VIGENTE NA DATA DA ASSINATURA DESTE** E ME **COMPROMETO A, ANUALMENTE, PAGAR O VALOR CONFORME DEFINIDO EM ASSEMBLEIA SINDICAL E ENVIADO POR BOLETO AO MEU E-MAIL.**

**DECLARAÇÃO**

Eu, acima qualificado e abaixo assinado, declaro para todos os fins de direito que todas as informações aqui prestadas são a expressão da verdade.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do Cirurgião-Dentista

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/CE, \_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.